

●ほっとなみ 安心ポケット●  
救急医療情報用紙

作成日	年 月 日
変更日	年 月 日

●裏面にもご記入ください

本 人 情 報

フリガナ		性別	血液型	生年月日
氏名		男・女	型	昭和・平成・令和
			Rh(+・-)	年 月 日
住所		電 話	(自宅	— — — )
保険証番号			(携帯	— — — )

医 療 情 報

かかりつけ 医療機関	[1] (電話 — )	[2] (電話 — )	[3] (電話 — )
科目・担当医			
治療中の病気			
服薬内容 <small>書ききれない場合は薬剤情報提供書(写)などをポケットに入れてください</small>			
アレルギー等			

●表面にもご記入ください

## 緊急連絡先

フリガナ			
氏名	[1]	[2]	
続柄			
住所			
電話	(日中 — — ) (夜間 — — ) (勤務先 — — )	(日中 — — ) (夜間 — — ) (勤務先 — — )	

### 担当民生委員児童委員

氏名		電話	(自宅 — — )
----	--	----	--------------------

### 救急隊への伝言・その他

<input type="checkbox"/> 一人暮らし	<input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯	<input type="checkbox"/> 同居家族がいるが日中一人になる
<input type="checkbox"/> 障がい者（身体・知的・精神）	<input type="checkbox"/> 聴力に不安がある	<input type="checkbox"/> 視力に不安がある
<input type="checkbox"/> 意思疎通が難しい（思いが伝えられない等）	<input type="checkbox"/> 歩行に車イス使用	<input type="checkbox"/> 判断に不安がある（認知症等）
<input type="checkbox"/> 介助が必要	<input type="checkbox"/> 寝たきり状態である	<input type="checkbox"/> 歩行に不安がある（杖・歩行器）
<input type="checkbox"/> 階段の上り下りができない	<input type="checkbox"/> 介護保険サービスを利用している（要支援1・2 要介護1・2・3・4・5）	
<input type="checkbox"/> 障がい者福祉サービスを利用している（内容： _____）		
<input type="checkbox"/> その他 [_____]		

私は、安心ポケットの情報を、救急隊と搬送先の医療機関等が救急医療に活用することに同意します。

お問合せ先

砺波市社会福祉課 地域福祉係 電話33-1111（内線125・126）  
砺波市社会福祉協議会 地域福祉課 電話32-0294